

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Martina Hršak

**Uloga i značaj psihoanalize danas kao
psihoterapijske tehnike**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Martina Hršak

**Uloga i značaj psihoanalize danas kao
psihoterapijske tehnike**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Kliničkom bolničkom centru Zagreb, Klinika za Psihološku Medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Zorane Kušević i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015./2016.

Mentor rada: doc. dr. sc. Zorana Kušević

KRATICE

AAI – Adult Attachment Interview

BPD – Borderline Personality Disorder

CT – Computed Tomography

DBT – Dialectal Behavioral Therapy

DSM-4/DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth/fifth edition

fMRI – Functional Magnetic Resonance Imaging

MBT – Mentalization Based Therapy

NPD – Narcissistic Personality Disorder

RFS – Reflective Functioning Scale

TFP – Transference Focused Psychotherapy

SADRŽAJ

1. SAŽETAK	
2. SUMMARY	
3. ZAČECI PSIHOANALIZE KAO TERAPIJSKE TEHNIKE	1
4. KLEINIJANSKA ŠKOLA NEKAD I DANAS	5
4.1. MELANIE KLEIN	5
4.2. MODERNI POGLEDI NA TEORIJU OBJEKTNIH ODNOSA.....	6
5. PSIHOANALIZA U LIJEČENJU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI .	11
5.1. TERAPIJA UTEMELJENA NA TEORIJI MENTALIZACIJE	12
5.2. TERAPIJA FOKUSIRANA NA TRANSFER	15
6. PSIHOANALIZA U LIJEČENJU NARCISTIČKOG POREMEĆAJA	
LIČNOSTI	18
6.1. KERNBERGOVA TEORIJA O NARCIZMU	19
6.2. KOHUTOV MODEL	21
7. NEUROPSIHOANALIZA	23
8. PSIHOANALIZA I UMJETNOST	27
9. ZAKLJUČAK	29
10.ZAHVALE	30
11.LITERATURA	31
12.ŽIVOTOPIS	35

1. SAŽETAK

Uloga i značaj psihoanalize danas kao psihoterapijske tehnike

Martina Hršak

Psihoanaliza je psihoterapijska metoda koja na temelju analize događaja iz prošlosti nastoji objasniti misli, snove i radnje u sadašnjosti, te aktualno psihičko stanje analizirane osobe. Najvažniji dio psihičkog života pojedinca odvija se u domeni nesvjesnog, koje se ovom tehnikom u klasičnom smislu nastoji prevesti u svjesno i razriješiti. Metodu je utemeljio Sigmund Freud u 19. stoljeću, a nakon njega se psihoanaliza razvijala u različitim smjerovima, te je stručno i znanstveno i praktično aktualna još danas. Cilj ovog rada je prikazati moderne psihoanalitičke škole i njihove predstavnike sa praktičnim primjerima korištenja psihoanalitičkih tehnika u liječenju pojedinih psihijatrijskih poremećaja, prikazati novu granu neuropsihoanalize koja predstavlja most između neuroznanosti i psihoanalize, te se dotaknuti utjecaja psihoanalize na modernu umjetnost.

Ključne riječi: psihoanaliza, Freud, psihijatrijski poremećaji, neuropsihoanaliza, umjetnost

2. SUMMARY

The role and significance of psychoanalysis as a modern psychotherapeutic technique

Martina Hršak

Psychoanalysis is a psychotherapeutic technique based on studying a person's past experiences to interpret their thoughts, dreams and actions, as well as their current state of mind. The most important part of an individual's psychological functioning is governed by an unconscious process which is by this method, in classical sense, transferred into conscious thinking to be analysed and resolved. The method was founded by Sigmund Freud in the 19th century and has evolved ever since in different directions remaining very popular both in clinical practice and scientific theory. The goal of this paper is to give as review of the main modern psychoanalytical theories along with their representatives and examples in treating various psychiatric disorders, to give a short review of a new area called neuropsychoanalysis, which is the bridge between neuroscience and psychoanalysis, and also to remark upon the influence of psychoanalysis on modern art.

Key words: psychoanalysis, Freud, psychiatric disorders, neuropsychoanalysis, art

3. ZAČECI PSIHOANALIZE KAO TERAPIJSKE TEHNIKE

Psihoanalizu je utemeljio Sigmund Freud (1856.-1939.). Freud je stekao titulu doktora medicine 1881. godine na Sveučilištu u Beču. Ubrzo se zaposlio u Općoj bolnici te se posebno zainteresirao za područje neurologije i specijalizaciju neuropatologije. Od 1883. godine radi na odjelu Theodora Meynerta (anatom i psihijatar), koji je imao veliki utjecaj na njegov budući rad. Njegovo prvo djelo Studija o afaziji objavljeno je 1891. U tom djelu iznosi neurološke spoznaje o govoru kao i prikaze slučajeva u kojima se afazija otklanja pomoću hipnoze. Nezadovoljan trenutnim klasičnim metodama liječenja neuroloških bolesti (elektroterapija, masaže i lijekovite kupke) zbog njihove slabe efikasnosti, Freud sve češće koristi metodu hipnoze u liječenju pacijenata (Lohmann HM, 2005).

U knjizi Studije o histeriji, koju je napisao zajedno sa Josefom Breuerom, autori opisuju metodu liječenja histerije koja se pokazala uspješnom kod njihovih pacijenata. Navode da se uzrok histerije nalazi u umu pacijenta, ali pacijent nije svjestan tog uzroka. Profesionalni analitičar uvodi pacijenta u stanje hipnoze te omogućuje da navedeni uzrok histerije prijeđe iz nesvjesnog dijela uma u svjesno, čime i simptomi bolesti nestaju. U drugome dijelu knjige prikazani su slučajevi pacijenata koji su liječeni ovom tehnikom. Međutim, svi pacijenti navedeni u knjizi nisu bili pod utjecajem hipnoze (Miss Lucy R.), a tretman je ipak bio uspješan. Iz tog razloga, kao i još nekih nesuglasica, Freud i Breuer se kasnije razilaze u svojim idejama (Breuer J & Freud S, 1895.).

Studije o histeriji i afaziji su djela koja su imala veliki utjecaj na razvoj moderne psihosomatske medicine. Obje bolesti su prema Freudu uzrokovane interakcijama tijela i uma, te se mogu liječiti analitičkom metodom – hipnozom. Ideja o postojanju psihosomatskih bolesti bila je poprilično neistražena u to doba. Prvi puta se psihosomatske bolesti spominju 80 godina prije Freuda. Johann Christian August Heinroth u svom radu razmatra interakcije tijela i duše te njihovu povezanost u skladnu cjelinu. Narušavanjem tih odnosa dolazi do patoloških promjena koje se mogu liječiti jedino integracijom somatskih i psiholoških terapija u jedinstven terapijski pristup (Steinberg H et al., 2013.).

U knjizi Tumačenje snova Freud snove čvrsto povezuje s onime što nam se događa u budnome stanju, te analizira vlastite snove povezujući ih sa događajima u stvarnome životu, bilo u prošlosti ili sadašnjosti. Naglašava važnost snova za normalno funkcioniranje osobe, te smatra da se snovi kod pacijenta moraju tretirati kao simptom. Snovi su zapravo način na koji nesvjesni dio našega uma izražava svoje želje i težnje, te samim time snovi psihoanalitičaru daju uvid u skrivene želje pacijenta. Psihoanalitičar analizira snove pacijenta tako da pacijent rekonstruira svoj san u toku terapijskog tretmana. Nakon što zatvori oči pacijent se prisjeća svog sna sa svim njegovim detaljima, te ih prepričava naglas. Nakon toga detalje sna povezuje s događajima iz života na koje su ga detalji asociirali. Na temelju svega iznesenoga psihoanalitičar analizira ova dva paralelna scenarija te na temelju toga donosi konačni zaključak (Freud S, 1913.).

Uvod u psihoanalizu je knjiga napisana u obliku predavanja koja su podijeljena u tri velike cjeline: omaške, san i neuroze. Ovo djelo, od svih Freudovih djela, najviše sličí na udžbenik na temu psihoanalize. U uvodnom predavanju Freud uspoređuje razlike između somatske medicine i psihoanalize. Psihoanaliza je usmjerena na psihička zbivanja u pacijentu. Pacijent iznosi svoje želje i opisuje svoje emocije, iznosi svoje brige i pritužbe i utiske na događaje iz vlastita života. Zadaća psihoanalitičara je da sluša, usmjerava pacijentov tok misli, podsjeća ga na bitne činjenice, te usmjerava njegovu pozornost u točno određenom smjeru. Svoje zaključke i zapažanja potom iznosi pacijentu te tako zajedno rješavaju problem. U prvome dijelu Freud kroz analizu omaški u govoru iznosi stav da zapravo nijedna takva pogreška nije neutemeljena, već je ona zapravo odraz procesa koji se odvijaju u nesvjesnome dijelu uma. Stoga ističe da je nužno pozorno slušati što pacijent govori, te analizirati što on piše jer to psihoanalitičaru daje uvid u potisnute emocije i sjećanja. U drugome dijelu opisuje snove i njihovu povezanost sa nesvjesnim dijelom uma te način na koji se oni psihoanalitički analiziraju. Treći dio posvećen je neurozama. Neuroze su definirane kao manifestacija emocionalnih poremećaja. U ovu skupinu poremećaja primarno spada anksioznost. Točan uzrok neuroza nije bio poznat. Freud je smatrao da njihov uzrok leži u nesvjesnome. Stoga je za liječenje neuroza potrebno pomno analizirati pacijentovu prošlost, a primarni uzrok teških neuroza prema Freudu leži u nepravilnom, nepotpunom psihoseksualnom razvoju (Freud S, 1917.).

U knjizi Ego i id Freud donosi svoju teoriju o ustrojstvu ličnosti. Prema njemu ličnost možemo podijeliti u tri dijela: id, ego i superego. Ego i superego djeluju u domeni svjesnoga dijela uma i oni su odgovorni za naše svjesne postupke. Međutim oni su tek vrh ledene sante jer najveći dio ljudske ličnosti smješten je u domeni nesvjesnog i taj dio naziva se id. Id prema mišljenju analitičara ima najveći utjecaj na ljudski život. U njemu su smješteni svi osobni nagoni i želje. On je izvor motivacije, ali on ostaje u nesvjesnome dijelu uma jer se osoba ne može suočiti sa svojim nagonima zbog srama. Upravo u idu su smješteni glavni uzroci nekih mentalnih bolesti. Cilj psihoanalize je da se id „istjera“ u svjesni dio uma, čime postaje dostupan analizi, te se bolest odnosno poremećaj može izliječiti. Ego je dio ličnosti koji je stvoren da bi ispunio potrebe i želje ida, ali u skladu sa društvenim normama. Ego se susreće s brojnim zaprekama (kazne, nagrade) dok pokušava ispuniti želje ida. To u djetetu stvara osjećaje srama, krivnje i ideala koji potiču stvaranje superega. Superego se nadalje dijeli u dva dijela: savjest i ego-ideal. Savjest se razvija pod utjecajem kazni i zabrana, te u osobi budi osjećaje krivnje i grijeha. Ego-ideal se razvija pod utjecajem nagrada i pohvala i pojedincu daje osjećaj ponosa. Superego i id se nalaze u međusobnom konfliktu jer su njihove želje različite. Prema Freudu u čovjeku postoje i dvije osnovne pokretačke sile koje su suprotne, ali jednako snažne. Te sile on naziva Eros (sila ljubavi, života) i Thanatos (sila smrti). Eros čovjeka tjera na preživljavanje, traženje hrane i skloništa, razmnožavanje. Thanatos je potpuna suprotnost. On čovjeka tjera u smrt i Freud tu silu povezuje sa agresivnim radnjama koje se mogu zapaziti u nekih osoba (Freud S, 1923.). Thanatos nastoji čovjeka vratiti u anorganski oblik postojanja, a moderna biologija iznosi argumente koji govore u korist valjanosti Freudove hipoteze o Thanatosu. Naime, na staničnoj razini otkriven je proces programirane stanične smrti – apoptoze. Apoptoza je genetički kodirani, aktivni fiziološki proces koji rezultira smrću stanice. Freud je prvi iznio teoriju o tome kako je smrt aktivni i fiziološki proces, te se stoga u širem smislu može smatrati idejnim začetnikom teorije programirane stanične smrti (Zurak N. & Klain E, 1999.).

Freud je nesumnjivo imao značajan utjecaj na razvoj psihijatrije, psihosomatske medicine, ali i brojna druga područja u kojima je psihoanaliza došla do izražaja. Istraživanje o najvažnijim osobama u povijesti psihijatrije smjestilo je Freuda u tri najznačajnije figure, uz Pinela i Kraepelina (Messias E, 2014.).

U knjizi Freud i Hrvatska Buzov iznosi pregled Freudovog utjecaja na psihoanalizu u Hrvatskoj kao i povezanost Freuda s Hrvatskom u raznim aspektima. U prvom dijelu knjige iznose se podaci iz njegovih knjiga i pisama o boravku u Hrvatskoj. U drugom dijelu navedeni su rani hrvatski psihoanalitičari: Tausk, S. Betlheim, H. Klajn i E. Sterba. U knjizi su navedena i mišljenja znanstvenika, pisaca i ostalih osoba iz hrvatskog javnog života do 1997.godine vezanih uz rad i djelo Sigmunda Freuda. Citat Tina Ujevića iz knjige koji opisuje Freuda glasi: „ Otkrio je (Freud, op. I.B.) razgolićio divljaka u modernom čovjeku, prijačko dno. On pozna sve tajne tamnih genezičkih procesa i inkubacija, a da je ostao u povojima svojega duha, od kojih je daleko odmakao, kao da bi prodavao ljubavne pismovnike, afrodizijake, metode čilosti i profilaktična sredstva. No, on je od sitnoga prešao na golemo, na analizu.“ (Buzov I, 2000.).

4. KLEINIJANSKA ŠKOLA DANAS

Melanie Klein je izrazito važna figura u povijesti psihoanalize. Njen rad ostavio je traga na radu brojnih psihoanalitičara poslije nje. U početku svoje teorije bazira na Freudovoj teoriji, a kasnije kako se one razvijaju pronalazimo sve više razlika. Najpoznatija teorija je svakako teorija objektnih odnosa koja svoje korijene pronalazi upravo u njenom radu.

4.1. MELANIE KLEIN

Melani (Reizes) Klein rođena je 1882. godine. Svoj život i rad posvetila je istraživanju utjecaja najranijih interakcija djeteta s okolinom na razvoj djeteta. Ugleda se u Freuda, a inspiraciju velikim dijelom pronalazi i u svome privatnom životu. Freuda je upoznala 1918. godine, te se odmah odlučila posvetiti proučavanju i primjeni psihoanalize. Ona je prva žena koja se bavila psihoanalizom i prva je prakticirala psihoanalizu kod djece. Smatra da je promatranje djece dok se igraju ekvivalent verbalnim slobodnim asocijacijama te na tome temelji psihoanalizu djece. Njen rad predstavlja svojevrsni prijelaz između Freudovih ideja i formiranja moderne teorije objektnih odnosa. Nju možemo smatrati idejnom začetnicom teorije objektnih odnosa. Za nju objektni odnosi predstavljaju više od pukih osoba s kojima smo u kontaktu. Ona uvodi pojam internih reprezentacija sebe, drugih i jedinstvenog položaja osobe u svijetu. Za razliku od Freuda, smatra da su transferni odnosi prisutni odmah po rođenju osobe, te da se oni razvijaju zajedno s objektnim odnosima. Prema Klein dijete prvo razvija odnos s dijelom objekta, a početkom prve godine života dijete internalizirala čitavu majčinsku figuru (Palombo J et al., 2009.).

Klein tvrdi da dijete odmah po rođenju razvija primitivne objektivne odnose i posjeduje primitivni ego. Dijete nailazi na dvije vrste suprotnih podražaja: „dobre osjećaje“ koji se vežu uz uspješno hranjenje i majčinsku toplinu i „loše osjećaje“ vezane uz napuštanje, glad, separaciju. Ovo pomaže formiranje temeljnih osjećaja ljubavi i mržnje. Ova dva osjećaja primitivni ego jasno separira (splitting). Separacija od majke se tumači putem Edipovog kompleksa. Odsutnost majke znači da je majka s ocem, te dijete svoje agresivne fantazije usmjerava na oca. Edipov kompleks se

rješava internalizacijom roditeljskog para tako da dijete prihvaća privremenu odsutnost majke, a time dobiva sposobnost da kreativno razmišlja i usmjerava se prema svom životu (Bateman A & Holmes J, 1995.). Ogden nastoji ujediniti Freudovu teoriju Edipovog kompleksa s teorijom Melanie Klein. On svoju teoriju bazira na konceptu „splittinga“, shizo-paranoidne i depresivne pozicije i rane triangulacije. Oba spola prolaze kroz fazu tranzicije. U toj fazi dječaci ne mijenjaju objekt ljubavi, već se mijenja sama majka koja prelazi iz prededipovske u edipovsku fazu. Bijes djevojčica prema majci u edipovskoj fazi proizlazi iz činjenice da je majka sada vanjski objekt, izvan njene kontrole i njenih želja. Djevojčica se u toj fazi zaljubljuje u dio majke koji se nije separirao od nje. To je zapravo „otac u majci“ – identifikacija majke s njenim Edipovskim ocem. Kada se djevojčica na ovaj način identificira s majkom njen fokus se tada prebacuje na oca (Borovečki-Jakovljević S & Matačić S, 2005.).

4.2 MODERNI POGLEDI NA TEORIJU OBJEKTNIH ODNOSA

Teorija objektivnih odnosa je važan dio psihoanalize, te se danas o tome može pronaći veliki broj radova. Ovdje će se ukratko prikazati samo neke vodeće teorije.

Anna Freud (1895.-1982.), kćerka Sigmunda Freuda, svojim je radom značajno pridonijela razvoju dječje psihoanalize, razvojne psihologije, te je utemeljila ego psihologiju. Ona je nastojala sačuvati i promovirati originalne ideje svog oca, iako je između rada njenog oca i nje vidljiva značajna razlika. Freud se pretežno usredotočio na strukturu ličnosti i id kao središte nesvjesnih procesa. Anna naglasak stavlja na dinamiku ličnosti, a ne na njenu strukturu. Njen se rad usredotočuje na ego i njegove mehanizme obrane (Stewart-Steinberg S, 2011.). Veliki dio svog radnog vijeka provodi u Hamstead Child Therapy Clinic u Londonu (danas The Anna Freud Centre) gdje kroz rad sa djecom značajno pridonosi razvoju teorije privrženosti i objektivnih odnosa. Razdvojila je pojmove biološke i psihološke privrženosti. Opisala je kako promjene uslijed mentalnog razvoja utječu na dječju percepciju separacije i gubitka. Zalagala se za formiranje obiteljskih grupa za djecu do tri godine, koja su se nalazila u programima zbrinjavanja djece, u svrhu stvaranja privrženosti sa specifičnom figurom privrženosti. Naglašavala je važnost stabilnog objekta

privrženosti u dojenačkoj dobi za pravilni razvoj privrženosti, objektnih odnosa i povjerenja u majčinsku figuru (Aldridge J et al., 2014.).

Drugu generaciju kleinijanske škole čine Hana Segal, Herbert Rosenfeld i Wilfred Bion. Hana Segal je bila vođa ove grupe te je bila pionir u psihoanalitičkom liječenju pacijenata oboljelih od shizofrenije. Ona uvodi pojam simboličkog funkcioniranja koje je sastavljeno od tri povezana elementa: simbola, simbolizirane stvari i osobe. Kada proces simbolizacije funkcionira normalno simbol je odvojen od simbolizirane stvari. U patološkim odnosima dolazi do „simbolističkog izjednačavanja“ – izjednačavanja simbola sa simboliziranom stvari. Segal smatra da je to posljedica patološke projektne identifikacije u kojoj se zabunom dijelovi objekta poistovjećuju sa selfom (Bott Spillius E et al., 2011.). Segal je jedna od poznatijih psihoanalitičara u širem društvenom krugu zahvaljujući svom širokom području interesa. Njeno djelo obuhvaća još odnos realiteta naspram fantazija, te radove o književnosti i estetici. Naglašavala je centralnu ulogu stava psihoanalitičara u postizanju odgovarajuće analitičke atmosfere u terapiji (Steiner J, 2015.).

Kernbergova teorija ne odstupa značajno od teorije Melanie Klein. On se primarno bazira na internalizaciju objekta, identificiranje s njim, te postojanje splittinga koji u odrasloj dobi može biti patološki. Internalizaciju objektnih odnosa dijeli u tri procesa: introjekciju, identifikaciju i identitet ega. Ova tri procesa internalizacije imaju tri bazične komponente: reprezentacije objekta, reprezentacije selfa, dispozicije za specifična afektivna stanja, te se primarno organiziraju na razini bazičnog ega. Ključni mehanizam te razine organizacije je splitting koji se pravilnim razvojem zamjenjuje cjelovitom reprezentacijom (Kernberg OF, 1976.).

John Bowlbey je prvotno slijedio ideje Melanie Klein, ali onda ih je proširio i stvorio novu teoriju: teoriju privrženosti. Bowlbeyeva teorija privrženosti začeta je promatranjem djece koja su odvojena od roditelja. Djeca koja se odvajaju od svoje figure privrženosti prolaze kroz 3 faze: protest, očaj i odvajanje. Protest traje nekoliko sati ili tjedan dana i obilježen je plačem i vriskom. Faza očaja obilježena je djetetovim povlačenjem iz okoline i tugovanjem. Dijete se osjeća kao da je izgubilo svoju figuru privrženosti koja se više neće vratiti. Ova faza se često pogrešno tumači kao poboljšanje djetetova stanja. Faza odvajanja je obilježena ponovnom interakcijom s okolinom, a na povratak majčinske figure dijete ne pokazuje uobičajene reakcije:

izostanak sreće i svojevrsna bezosjećajnost prema majci. Bowlby objašnjava privrženost kao djetetovu biološku potrebu da u majčinskoj figuri traži sklonište od opasnosti vanjskoga svijeta. Sustav privrženosti razvija se u 3 faze unutar prve godine života:

a) Prva faza: Orijentacija i signaliziranje bez diskriminacije figura

U ovoj prvoj fazi dijete ulazi u interakciju s figurama bez da razdvaja majčinsku figuru od ostalih figura, dijete nema jasnu svijest o sebi i za njega su interakcije s figurama u okolini predvidljive. Dijete se razvija interakcijom s ljudskim licima i glasovnom stimulacijom.

b) Druga faza: Orijentacija i signaliziranje prema jednoj ili više figura privrženosti
U ovoj fazi dijete svoju privrženost usmjerava na primarnog skrbnika ili eventualno nekoliko njih, ali još uvijek ne postoji jasno izdvajanje sebe od drugih.

c) Treća faza: Privržena figura se nastoji držati u blizini lokomocijom i signalima
Faza započinje između šestog i devetog mjeseca života. U ovoj se fazi razvijaju brojne motorne, kognitivne i komunikacijske funkcije. Dijete koje postaje sposobno kretati se u prostoru jasno se trudi održati prostornu blizinu s figurom privrženosti, ali isto tako se uči udaljavati i istraživati nove prostore (Cassidy J, 1999.).

Danas se provode brojna istraživanja na temu privrženosti i njene uloge u razvoju patoloških stanja. Studija o povezanosti nesigurne privrženosti sa pojavom pozitivnih i negativnih shizofrenih simptoma pokazala je na uzorku od 214 ispitanika da postoji statistički značajna povezanost nesigurne privrženosti i subkliničkih simptoma. Iz toga se zaključuje da teorija privrženosti pokazuje kako razvojno okruženje utječe na pojavu psihoza (Sheinbaum T et al., 2015.). Istraživanje o povezanosti aleksitimije i privrženosti sa pojavom poremećaja u prehrani usporedilo je uzorak od 45 majki čija su djeca imala neki poremećaj u prehrani sa kontrolom od 48 majki čija su djeca bila zdrava. Rezultati pokazuju da nema razlike između uzorka i kontrolne skupine po pitanju aleksitimije, ali je utvrđena razlika u privrženosti na temelju AAI upitnika kod majki koje su pripadale uzorku (Pace CS et al., 2015.).

Istraživanja također pokazuju da majke koje boluju od depresije imaju drugačije interakcije sa djecom, što se posljedično odražava na razvoj djeteta i njegovu privrženost. Grupa od 60 majki od kojih je 30 bolovalo od velikog depresivnog

poremećaja pokazala je da kod oboljelih majki postoji nesigurna privrženost prema AAI skali, te se također ta grupa razlikuje prema majčinskoj osjetljivosti i negativnim afektivnim stanjima. To dovodi do neadekvatnih interakcija u toku hranjenja i reakcija djece koje se odlikuju odbijanjem hrane (Santona A et al., 2015.).

Uloga privrženosti u psihoterapiji je ogromna jer se rani neuspjesi u uspostavljanju privrženosti kod djece doživljavaju s osjećajem srama i ukoliko se ne isprave u odrasloj dobi se povezuju s destruktivnošću u interpersonalnim odnosima, „socijalnom sljepoćom“ i depresijom. Stoga je izrazito važno u toku psihoterapije prepoznati ove probleme i uspostaviti empatičnu privrženost koja značajno pridonosi uspjehu (Spiegel J et al., 2000.).

Postoje i neuroznanstveni dokazi o postojanju neuroloških promjena u sklopu razvoja privrženosti. Promatrajući mozak majke i djeteta pomoću slikovnih funkcionalnih pretraga mozga zabilježene su promjene u aktivaciji limbičkog sustava, prefrontalnih regija, bazalnih ganglija i hipofizno-hipotalamičke regije (Lenzi D et al., 2015.).

U modernoj psihoanalizi velika se pozornost posvećuje ulozi transfera i kontratransfera u terapijskom odnosu pacijenta i njegovog terapeuta. Naročito se naglašava važnost postojanja dva zasebna subjektiviteta (pacijenta i terapeuta) koji stupaju u intersubjektivne odnose u toku terapije. Govori se o nesvjesnoj komunikaciji između analitičara i pacijenta koja zajedničkim trudom stvara novu svjesnu viziju. Dijalektalna intersubjektivnost je moguća u trenutku kada se subjekt osjeća dovoljno slobodnim da svoje latentne nesvjesne ideje prezentira analitičaru. Tu slobodu on stječe jedino ako analitičar kontratransferom zauzima ulogu njegovog unutarnjeg objekta i emocionalno se uključi u proces psihoanalize. Analitičar u ovome procesu također postaje izvor slobodnih asocijacija (Bollas C, 1992.). Ogden u psihoanalizu uvodi pojam analitičkog trećeg. Analitički treći se u psihoanalizi formira intersubjektivnim reakcijama i projektnom identifikacijom. Projektna identifikacija predstavlja proces u kojem se grupa fantazija i objektnih odnosa, kojih se self želi riješiti jer su neželjene, prenosi na drugu osobu, te se na koncu ponovno internalizira u self u svojoj oporavljenoj verziji (Ogden TH, 1979.). Analitički treći predstavlja združeni nesvjesni život analitičkog para (Ogden TH, 2004.). Intersubjektivnost analitičkog para se u psihoanalizi nalazi u međuigri s analitičarom i analizandom. Analitičar, kao i analizand, postoje kao zasebne individue sa svojim

vlastitim mislima, osjećajima, senzacijama i psihološkim identitetom, a analitički treći se formira interakcijom ova dva zasebna subjekta (Ogden TH, 1994.).

5. PSIHOANALIZA U LIJEČENJU GRANIČNOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Granični poremećaj ličnosti (Borderline Personality Disorder, BPD) karakterizira obrazac funkcioniranja i ponašanja obilježenog nestabilnošću i poremećajem u organizaciji selfa, teškoćama u interpersonalnim odnosima, impulzivnošću, strahom od napuštanja, ponavljajućim pokušajima suicida te teškoćama u kontroliranju bijesa. Termin je prvi puta upotrijebio Adolph Stern 1938. godine da bi opisao pacijente koje nije mogao svrstati ni u jednu od dviju postojećih skupina (psihotični, psihoneurotični), već su svojim osobinama bili „granični“ između ove dvije skupine. Točan uzrok bolesti nije poznat, ali se smatra da sljedeći čimbenici pridonose razvoju ovog poremećaja: genetski uzroci, neurofiziološka i neurobiološka disfunkcija u regulaciji emocija i stresa, trauma u djetinstvu, te nepravilno razvijena privrženost (NICE Clinical Guidelines, No. 78, 2009.).

Za postavljanje dijagnoze graničnog poremećaja ličnosti prema kriterijima postavljenima u DSM-5 osoba mora zadovoljavati minimalno pet točaka od ovih niže navedenih:

- a) izraziti strah od napuštanja u realnoj ili umišljenoj situaciji koji se nastoji izbjeći pod svaku cijenu (ne uključuje suicidalno ponašanje i samoozljeđivanje);
- b) obrazac nestabilnih interpersonalnih odnosa koji se karakteriziraju idealnima ili se njihova vrijednost podcjenjuje;
- c) kriza identiteta: trajno nestabilni self;
- d) impulzivnost u barem dvije potencijalno samougrožavajuće situacije: nemarna vožnja, korištenje psihoaktivnih tvari, seks, nemarno trošenje novaca itd. (ne uključuje se suicidalno ponašanje i samoozljeđivanje);
- e) ponavljani pokušaji suicida ili pak prijetnje o istome ili samoozljeđivanje;
- f) afektivna nestabilnost uslijed učestalih promjena raspoloženja (epizode intenzivne disforije, iritabilnosti ili tjeskobe koji obično traju nekoliko sati, a rjeđe nekoliko dana ili duže);
- g) kronični osjećaj ispraznosti;
- h) neprekidni snažni bijes i nemogućnost kontroliranja bijesa;
- i) paranoidni ili teški disocijativni simptomi vezani uz stres (DSM-5, 2013.)

Liječenje se provodi na razne načine, a ovdje će se analizirati dva psihoanalitička pristupa terapiji graničnog poremećaja ličnosti: terapija utemeljena na teoriji mentalizacije (MBT) i terapiju fokusiranu na transfer (TFP).

5.1 TERAPIJA UTEMELJENA NA TEORIJI MENTALIZACIJE

Mentalizacija je kognitivni proces koji se odvija u predsvjesnom dijelu uma, a pojedincu omogućuje da u subjektivnim stanjima i mentalnim procesima razumije sebe i druge. Uslijed psihološke traume u djetinjstvu ovaj proces može biti poremećen te se to dovodi u vezu s razvojem BPD-a. Terapija utemeljena na teoriji mentalizacije (MBT) je psihodinamska psihoterapija za pacijente s BPD-om u kojoj se ciljano nastoji poboljšati individualna sposobnost mentalizacije (Eizirik M & Fonagy P, 2009.). Teorija mentalizacije počiva na teoriji privrženosti. U tijeku normalnog razvoja, u kojem su djeca okružena figurama privrženosti koje su zainteresirane za njihov um, razvija se i pravilna sposobnost mentalizacije pojedinca (Fonagy P et al. 1991.). MBT je razvijena sa ciljem što boljeg zbrinjavanja pacijenata sa BPD-om jer njihova sklonost suicidu predstavlja ozbiljan problem, a MBT ne iziskuje dugotrajno i komplicirano obrazovanje zdravstvenih djelatnika, poput ostalih dosad upotrebljavanih tehnika (Bateman A & Fonagy P, 2010.).

Fonagy i Bateman detaljno opisuju najvažnije odrednice MBT u liječenju BPD-a. Primarni cilj terapije je stabilizacija emocionalne ekspresije i posljedično impulzivnosti jer je upravo to krucijalni čimbenik koji ugrožava pacijentov život, kao i kontinuitet terapije. Nakon toga fokus prelazi na internu reprezentaciju pacijenta i njegov self (svijest, znanje o sebi). Sama struktura MBT-a mora zadovoljavati sljedeće kriterije: dobra organiziranost, značajan trud mora se posvetiti poboljšanju suradljivosti pacijenta, fokus mora biti jasno određen (problematično ponašanje, inetrpersonalni odnosi), provodi se dugoročno i koherentna je, gradi se jaka privrženost između terapeuta i pacijenta, planirano se kombinira s drugim uslugama koje su dostupne pacijentu. Terapijsko stajalište koje terapeut zauzima odlikuje se: poniznošću zbog osjećaja neznanja, strpljenjem u pronalaženju drugačije perspektive, prihvatanjem razlike u perspektivama, aktivnim ispitivanjem pacijenta o njihovim iskustvima (preporučaju se „Što...?“ umjesto „Zašto...?“ pitanja), pokazivanjem razumijevanja za

stvari koje nisu na prvi pogled smislene. Navode se temeljne intervencije koje su organizirane u četiri terapijska koraka: demonstracija suosjećanja sa trenutnim subjektivnim stanjem pacijenta; istraživanje i razjašnjavanje stanja uz uporabu terapijskog izazova, ako je situacija prikladna; identifikacija afekta i uspostavljanje fokusa na taj afekt te mentalizacija odnosa (Bateman A & Fonagy P, 2013.).

Dosad su napravljene brojne studije koje potvrđuju učinkovitost MBT-a. Jedna od takvih randomiziranih kliničkih studija provedena je na 38 pacijenata oboljelih od BDP-a. Uzorak je randomizacijom podijeljen u dvije skupine od kojih je jedna liječena s MBT-om, a druga skupina je zbrinuta standardnim protokolom liječenja (kontrola). Pacijenti su u periodu od 18 mjeseci imali individualne i grupne psihoterapijske sastanke. Da bi se procijenio učinak provedene terapije gledali su se sljedeći parametri: učestalost pokušaja samoubojstva i samoozljeđivanja, broj hospitalizacija, korištenje psihotropnih lijekova, samoprocjena depresivnih stanja, opći simptomi, uspješnost funkcioniranja u interpersonalnim odnosima i socijalnoj prilagodbi. Rezultati su pokazali statistički značajnu razliku između kontrolne skupine i skupine pacijenata liječenih MBT-om. Pacijenti liječeni MBT-om u svim promatranim kategorijama pokazuju povoljnije rezultate u odnosu na kontrolnu skupinu. Poboljšanje u pacijenata liječenih MBT-om vidljivo je nakon 6 mjeseci terapije i ostaje trajno prisutno do kraja terapije (18 mjeseci) (Bateman A & Fonagy P, 1999.). Ti pacijenti su praćeni i narednih 18 mjeseci periodično svaka tri mjeseca da se utvrdi da li je poboljšanje koje je postignuto MBT-om trajno. Procjena je temeljena na jednakim parametrima kao i u prvoj studiji. Studijom je utvrđeno da su pacijenti liječeni MBT-om pokazali statistički značajno trajno poboljšanje u odnosu na kontrolnu skupinu pacijenata, te da kod njih postoji statistički značajan kontinuirani napredak u većini promatranih parametara. Napredak kod kontrolne skupine također postoji, ali je on ograničen i slabiji (Bateman A & Fonagy P, 2001.). Ti isti pacijenti su ponovno praćeni 8 godina nakon početka studije. Rezultati prvih dviju studija su potvrđeni i u ovoj studiji što nam pokazuje da pozitivni učinak terapije ostaje trajno prisutan. Nedostaci tog istraživanja su: mali uzorak ispitanika, te činjenica da liječenje nije provođeno isključivo MBT-om, nego i drugim intervencijama. Stoga pozitivan učinak nije moguće pripisati isključivo ovoj vrsti terapije. (Bateman A & Fonagy P, 2008). Randomizirana klinička studija na uzorku od 134 pacijenata pokazala je da postoje statistički značajne razlike između pacijenata liječenih MBT-

om u odnosu na pacijente koji su liječeni standardnim protokolom. Primarni činitelji ishoda koju su promatrani su bili: broj kriza, samoubojstva i samoozljeđivanje i hospitalizacija. Sekundarni ishodi su bili: socijalno i interpersonalno funkcioniranje, te hospitalizacija. Pобољшanje je vidljivo u obje grupe pacijenata, ali se pacijenti liječeni MBT-om oporavljaju brže (Bateman A & Fonagy P, 2009.). Klinička randomizirana studija provedena je u Oslu na uzorku od 345 pacijenata. Njih 64 od 2008. godine liječeno je MBT-om, a svi pacijenti su liječeni i trajno praćeni u razdoblju od 1993. do 2013. Ta studija pokazuje nižu stopu odustajanja od terapije u ranim fazama terapije u odnosu na klasične metode terapije dotad upotrebljivanih u liječenju ovih pacijenata. Rano odustajanje od terapije je inače odlika pacijenata oboljelih od ovog poremećaja ličnosti. Skupina pacijenata na MBT-u pokazala je statistički značajno poboljšanje u interpersonalnim odnosima, općem globalnom funkcioniranju, smanjenje simptoma distresa u odnosu na pacijente liječene klasičnim metodama. U obje skupine pacijenata vidljiv je pad pokušaja samoubojstava i samoozljeđivanja, smanjenje broja hospitalizacija i smanjena upotreba lijekova (Kvrstein A et al. 2015.).

Posebnu skupinu pacijenata čine pacijenti koji boluju od komorbiditetnih bolesti. Nedavna studija analizira terapiju pacijenata koji boluju od depresije i BDP-a. Kod takvih pacijenata kognitivna bihevioralna terapija, koja se uobičajeno koristi za liječenje depresije, ne daje dobre rezultate zbog prisutnog poremećaja u mentalizaciji. Kod takvih pacijenata hipomentalizacija, koja je prisutna kod depresije, prilikom interpersonalnih situacija lako prelazi u hipermentalizaciju. Kao rješenje predlaže se da se u toku terapijske sesije usredotoči na postojeće nagle promjene u mentalizaciji, te da se hipermentalizacija pokuša prekinuti putem izazova. Izazov predstavlja terapeutov odgovor pacijentu na neočekivan način, nekarakteristično za normalni terapijski dijalog, a to pacijenta potakne da zastane i promišlja što se događa. Kada je jednom postignuta primjerena mentalizacija, ostali terapijski postupci se mogu koristiti. Oni tada daju očekivane rezultate (Bateman A & Fonagy P, 2015.).

5.2 TERAPIJA USMJERENA NA TRANSFER

Terapija usmjerena na na transfer (TFP) utemeljena je između ostalog i na Kernbergovoj kliničkoj teoriji prema kojoj su glavna obilježja graničnog poremećaja ličnosti patološko formiranje identiteta („difuzija identiteta“), primitivni obrambeni mehanizmi, te poremećaj interpersonalnih odnosa uslijed poremećenog razvoja objektnih odnosa i privrženosti što se naročito očituje kod pokušaja ostvarivanja intimnih veza. Stoga je primarni cilj TFP-a „ujedinjavanje rascijepljenog identiteta“ u svrhu stvaranja integrirane slike sebe i drugih, uz postupno sve manje oslanjanje na postojeće primitivne mehanizme obrane i kontroliranje „acting out“ epizoda. To se provodi u tri koraka. U prvom koraku je cilj utvrditi interne objektno odnose (idealizirane i proganjajuće) i opisati detaljno pacijentovo viđenje postojećih objekata. U drugom se koraku nastoji utvrditi tko je u toj reprezentaciji „self“, a tko je „objekt“ te je za BPD karakteristično da se te dvije reprezentacije mogu mijenjati. Konačno u trećem koraku cilj je ujediniti proganjajuće i idealizirane transferne odnose te otkriti motivaciju za tu podjelu, kako bi je konačno postigao „ujedinjeni identitet“. Nakon uspostavljanja „ujedinjenog identiteta“ postaje postepeno lakše ovladati afektima i zrelijim obrambenim mehanizmima (Kernberg OF & Caligor E, 2005.). Clarkin, Yeomans i Kernberg su izdali detaljni klinički vodič za provođenje TFP-a u osoba oboljelih od BPD-a (Clarkin JF, Yeomans FE & Kernberg OF, 2014.).

Multicentrična studija iz 2007. godine uspoređuje učinkovitost tri vrste psihoterapije provedene kod 90 nasumično raspoređenih pacijenata u trajanju od jedne godine. Uspoređivane terapije su: terapija fokusirana na transfer, dijalektalna bihevioralna terapija (DBT) i suportivna terapija. Pacijenti su primali i lijekove u skladu s indikacijama. Kod pacijenata su, od strane ispitivača koji nisu znali u koju terapiju su pacijenti uključeni, procjenjivane sljedeće domene: suicidalno ponašanje, agresija, impulzivnost, anksioznost, depresija i socijalna prilagodba (procjenjivana putem dvije skale). TFP je pokazala značajno poboljšanje u 10 od 12 varijabli unutar šest promatranih domena. DBT pokazuje poboljšanje u 5 od 12 varijabli, a suportivna terapija u 6 od 12 varijabli unutar šest navedenih domena (Clarkin JF et al. 2007.).

Randomiziranim kontroliranim pokusom na uzorku od 90 pacijenata koji su liječeni TFP-om, DBT-om ili suportivnom terapijom u trajanju od godine dana procijenjene su promjene u organizaciji privrženosti i reflektivne funkcije. Promjene privrženosti

procijenjene su pomoću upitnika Adult Attachment Interview (AAI) na temelju kojega se promjene u mentalizaciji privrženosti boduju pomoću Reflective Functioning Scale (RFS). Unutar skupine koja je liječena TFP-om broj pacijenata sa sigurnom privrženosti unutar godine dana narastao je sa 4,5% na 31,8%. Kod ostale dvije skupine nije bilo nikakvih promjena. Također, kod skupine pacijenata koji su godinu dana liječeni TFP-om RF vrijednost na početku studije iznosila je 2.86 (nizak rezultat), a nakon godine dana broj je narastao na 4,11. Pojedinci sa normalnim reflektivnim funkcijama, čija razmišljanja, osjećaje, namjere i želje u vezi sebe i drugih smatraju adekvatnima na RF ljestvici postižu rezultat 5 (Levy KN et al., 2006.). Randomizirana kontrolirana studija u koju su bile uključeno 104 pacijentice koje su godinu dana liječene TFP-om ili klasičnom psihoterapijom pokazala je statistički značajan razliku u ranome odustajanju od terapije u korist TFP-a (38,5%) u odnosu na kontrolnu skupinu (67,3%). Također TFP daje bolje rezultate u smanjenju broja pokušaja suicida, kao i pojedinih simptoma BPD-a. Depresija i anksioznost su se podjednako smanjile u obje skupine, dok je broj incidenata sa samoozljeđivanjem u obje grupe ostao podjednak (Doering S et al., 2010.). Randomizirani kontrolirani pokus u koji su bile uključene 104 osobe oboljele od graničnog poremećaja ličnosti pokazao je, također, statistički značajan porast vrijednosti na RF ljestvici kod osoba liječenih TFP-om u toku jedne godine. Promjene nisu zabilježene kod osoba liječenih klasičnom psihoterapijom (Fischer-Kern M, 2015.).

Nedavna studija provedena na 10 žena oboljelih od BPD-a utvrdila je koje se promjene u neuronskoj aktivnosti frontolimbickog područja događaju nakon provedbe TFP-a u trajanju od jedne godine. Pacijentice su podvrgnute fMRI prije i nakon terapije, a njihovi su nalazi uspoređeni s nalazima zdravih ispitanika iz prethodno provedenog istraživanja. Kod ispitanica je utvrđena disfunkcija u posteromedijalnom orbitofrontalnom korteksu, te dorzalnom i subgenalnom anteriornom cingulatnom korteksu u odnosu na kontrolne (zdrave) ispitanike. Nakon provedbe TFP-a zamijećene su promjene u navedenim područjima korteksa koje su direktno povezane s određenim poboljšanjima u kliničkoj slici, npr. kliničko poboljšanje u afektivnoj labilnosti korelira pozitivno s aktivacijom lijevog posteromedijalnog orbitofrontalnog korteksa i negativno s aktivacijom amigdala i parahipokampalne regije (Perez LD et al. 2016.).

Sustavni pregled literature na temu efikasnosti psihodinamske psihoterapije pokazuje da dugoročna psihodinamska psihoterapija daje dobre rezultate u liječenju poremećaja ličnosti, posebice graničnog poremećaja ličnosti. Također, preporučuje se primjena nove strategije u istraživanju efikasnosti ove vrste terapije. Dosadašnja istraživanja često uspoređuju heterogene skupine terapija na heterogenim pacijentima. U budućnosti treba istražiti efikasnost protokolom reguliranih kombinacija specifičnih terapija koje će biti usmjerene direktno na potrebe i probleme individualne osobe (Fonagy P, 2015.).

6. PSIHOANALIZA U LIJEČENJU NARCIISTIČKOG POREMEĆAJA LIČNOSTI

Narcistički poremećaj ličnosti (Narcissistic Personality Disorder, NPD) se odlikuje obrascem grandioznog ponašanja ili grandioznih maštarija, nedostatku empatije, pretjeranom arogantnošću i zavidnošću. Učestalost ovog poremećaja u populaciji prema DSM-IV iznosi između 0 i 6,2%. Bolest je učestalija kod muškog spola. Od ukupno oboljelih muškarci čine $\frac{3}{4}$. Poremećaj se javlja u ranoj odrasloj dobi.

Da bi se postavila dijagnoza NPD-a prema DSM-5 potrebna je prisutnost minimalno 5 točaka sa sljedećeg popisa:

- a) Grandiozni osjećaj po pitanju vlastite važnosti (preuveličavanje vlastitih postignuća)
- b) Preokupiranost fantazijama o neograničenom uspjehu, briljantnosti, ljepoti, moći ili idealnoj ljubavi
- c) Vjerovanje da je osoba (ona ili on) jedinstvena i „posebna“ te da bi se stoga trebala družiti isključivo sa sebi sličnima jer je jedino takve osobe mogu razumjeti
- d) Zahtijeva da se njoj/njemu izražava divljenje
- e) Zahtijevanje posebnog tretmana bez ikakvih opravdanih razloga za isto (odbijanje čekanja u redu jer su njihove potrebe uvijek prioritetne)
- f) Sklona izrabljivanju ljudi u interpersonalnim odnosima
- g) Nedostatak empatije, odbija prepoznati i identificirati se sa osjećajima i potrebama drugih osoba
- h) Često zavidi drugima ili je uvjeren/a da drugi zavide njemu/njoj
- i) Iskazuje arogantno ponašanje i stavove

Ostale odlike ličnosti ovih pacijenata koje se mogu uočiti su: manjak samopouzdanja s posljedičnom osjetljivošću na kritiziranje, loši interpersonalni odnosi, loše primanje kritika rezultira s osjećajem poniženja, degradacije i ispraznosti, što u konačnici dovodi do socijalne izolacije (DSM-5, 2013.).

Freud u sklopu svoje teorije o libidu razlikuje primarni i sekundarni narcizam. Primarni narcizam je dio normalnog psihoseksualnog razvoja pojedinca. Prisutan je kod svih ljudi odmah po rođenju i usmjeren je isključivo na self-reprezentaciju, a s

vremenom se on usmjerava i na objekt. Kod roditelja se on iskazuje kroz roditeljsku ljubav u kojoj roditelji svoje dijete vide kao apsolutno savršeno, a njegov život zamišljaju idiličnim. Prema Freudu je to zapravo manifestacija narcizma kojeg su roditelji proživjeli na nezrelom nivou svoga razvoja, a sada se u ovoj situaciji rađa ponovno. Dva su puta kojima se bira objekt kojem se usmjerava ljubav i pažnja: narcistički put (voljeti samog sebe, ono što je osoba bila ili što će tek biti ili nekoga tko je jednom bio dio njega) i analitički put/put privrženosti (osoba voli ženu koja ga hrani ili muškarca koji je štiti). Sekundarni narcizam se razvija kada se primarni narcizam usmjeren na objekt ne zadržava na objektu nego se ponovno vraća na sebe samog. To rezultira smanjenjem interesa za druge osobe i izrazitom fokusiranošću na sebe, te se nadalje stvaraju patološki odnosi između pojedinca i okoline. Takve osobe nemaju samopouzdanja i nisu sposobne iskazivati i primati ljubav od objekta, te često osjećaju sram i krivnju (Freud S, 1914.).

Dva su vodeća moderna psihoanalitička pristupa liječenju narcističkog poremećaja ličnosti: Kernbergova teorija o narcizmu i Kohutov self model.

6.1. KERNBERGOVA TEORIJA O NARCIZMU

Kernbergova teorija o narcizmu svoje uporište nalazi u Freudovoj teoriji. Kernberg razlikuje normalni i patološki narcizam. Self definira kao dio ega zajedno sa reprezentacijama objekta, idealnim slikama selfa i idealnim slikama objekta. Realni self se sastoji od dobrih i loših slika selfa koje su unutar zdravoga pojedinca integrirane u cjelinu. Takav kompletni self se povezuje s kompletnim slikama objekta koje su također zbir dobrih i loših slika objekta. Normalni narcizam se stoga definira kao nagon libida koji je usmjeren selfu, ali on nije isključivo povezan s libidom i stvoren unutar ega, nego je za njegov pravilan razvoj potrebna interakcija s ostalim dijelovima psihičkog aparata (superego i id). Postoje dvije varijante normalnog narcizma: normalni adultni narcizam i normalni infantilni narcizam. Normalni infantilni narcizam se odlikuje samoinvestiranjem u vidu infantilnih, moći usmjerenih, pobuda u skladu sa normalnim infantilnim vrijednostima, zahtjevima i zabranama. Normalni adultni narcizam označava samopoštovanje utemeljeno na normalnoj strukturi selfa s zrelim ciljevima i očekivanjima. Patološki narcizam se razvija kada se libido usmjerava ka patološkoj strukturi selfa. Postoje tri podtipa patološkog narcizma:

a) Regresija na razinu normalnog infantilnog narcizma

Ova regresija se odvija nakon što je već bio uspostavljen normalni adultni narcizam. Prevladava oblik regulacije samopoštovanja koji ovisi o ekspresijama i obranama protiv infantilnih želja i poriva, koji kod odraslih osoba normalno ne postoje.

b) Narcistički izbor objekta

Tezi je oblik od regresije na normalni infantilni narcizam, ali i rjeđi. Radi se o odnosu sa objektom u kojem objekt predstavlja self, a self se definira kao taj objekt.

c) Narcistički poremećaj ličnosti

Najteži je oblik patološkog narcizma koji se može liječiti psihoanalizom. U ovome tipu patološkog narcizma formira se takozvani grandiozni self koji ima i svoju privremenu projekciju s kojom se on stapa u integrirani self (Kernberg OF, 1975.).

Grandiozni self se formira fuzijom triju elemenata: realni self, idealni self i idealni objekt. Realni self predstavlja posebnost djeteta ojačanu ranim iskustvima interakcije s majkom i majčinskim figurama u djetetovoj okolini. Idealni self je slika sebe koja je prožeta moći, ljepotom ili bogatstvom da bi se kompenzirala frustracija prisutna u prirodnom okruženju djeteta. Idealni objekt je fantazija o majci koja savršeno zadovoljava sve djetetove potrebe (Volkan V, 2014.).

Liječenje NPD-a se može provesti psihoanalizom i to pomoću TFP-a, naročito ako se radi o komorbiditetu s BPD-om. Temeljna ideja TFP-a je razotkrivanje i neutralizacija grandioznog selfa na način da ga se integrira s normalnim dijelovima ličnosti od kojih je on odvojen („splitting“) (Kernberg OF, 1975.). Pacijenti s NPD-om su izrazito zahtjevni za psihoanalitički tretman, te se kod njih psihoanalitičar susreće s raznolikim problemima vezanima uz mehanizme obrane koji su prisutni kod ovih pacijenata. To se vidi već kod jednostavnih slobodnih asocijacija u tijeku psihoterapijskog postupka. Pacijent nije sposoban iznijeti vlastitu asocijaciju nego je kod ovih pacijenata ona podložna konstantnoj kritičkoj analizi, bez želje da otkriju što je u samoj asocijaciji nepoznato i neshvaćeno. Kod njih se puno teže dolazi do neočekivanih i novih spoznaja o nesvjesnome. Pacijent je sklon razgovoru sam sa sobom dok iznosi asocijacije ili pak razgovara s terapeutom nastojeći utjecati na

njega. Ovakvo ponašanje rezultat je dvaju mehanizama obrane: izbjegavanje ovisnosti o objektu (terapeutu) i onipotentne kontrole nad ponašanjem terapeuta. Cilj pacijenta je da se ne osjeća inferiorno i ovisno o terapeutu. Metoda, kojom se ovakav razvoj događaja u toku terapije nastoji izbjeći, sastoji se u tome da se pacijentu objasni što uopće znači slobodna asocijacija. Potiče ga se da kaže prvo čega se sjeti u kojoj god formi da se misao nalazi bez da je prethodno analizira (Kernberg OF, 2015).

TFP se može primijeniti i kod pacijenata koji boluju od kombinacije BPD-a i NPD-a. Ova skupina pacijenata je prema studijama zahtjevnija za liječenje. Istraživanje uzorka od 188 pacijenata pokazalo je značajne promjene u RF funkciji pacijenata liječenih TFP-om. Ukupno 163 pacijenata imalo je dijagnozu BPD-a, dok je kod 25 pacijenata utvrđen komorbiditet BPD/NPD. Utvrđena je statistički značajno poboljšanje na RF skali kod pacijenata oboljelih od BPD/NPD liječenih TFP-om. Identične promjene nisu utvrđene kod pacijenta liječenih DBT-om i suportivnom psihoterapijom (Diamond D et al., 2013.).

6.2. KOHUTOV MODEL

Kohut primarni narcizam djeteta dijeli u dva zasebna temeljna odnosa: ljubav prema sebi i ljubav prema objektu. To savršenstvo primarnog narcizma biva narušeno neizbježnim, kratkotrajnim uskraćivanjem majčinske ljubavi jer nijedna majka nije savršena. Dijete ipak pokušava sačuvati ideal savršenih odnosa stvaranjem grandiozne slike sebe – grandiozni self i s druge strane stvaranjem savršene slike objekta – idealizirana roditeljska figura. Pravilnim razvojem ove dvije zasebne slike postaju dio odrasle ličnosti. Grandiozni self osobi omogućava da iskazuje svoje ambicije, uživa u svakodnevnim aktivnostima i ima osjećaj samopoštovanja. Slika idealiziranog objekta se također integrira u odraslu ličnost te postaje idealizirani superego. Ako dijete proživi tešku narcističku traumu ili doživi teško razočaranje u idealni objekt razvoj se zaustavlja na razini grandioznog selfa i idealiziranog objekta te dolazi do razvoja narcističkog poremećaja (Kohut H, 1990.).

Cilj psihoanalitičke terapije NPD-a Kohut definira kao omogućavanje grandioznom selfu i idealiziranom objektu da se pravilno razviju u zrelije oblike i integriraju u

kohezivni self. U toku terapije se transferom između pacijenta i terapeuta aktiviraju dva paralelna transferna odnosa: idealizirajući transfer i zrcalni (mirror) transfer. Idealizirajućim transferom se aktivira idealizirana roditeljska figura te pacijent terapeuta doživljava kao savršenog i divi mu se. Terapeut prihvata tu ulogu bez nelagode i reagira pozitivno na takvo divljenje. Zrcalnim transferom se aktivira grandiozni self. Pacijent traži potvrdu za vlastitu grandioznost koja je izostala u ranijim fazama njegovog razvoja. Zadaća terapeuta je da podupre pacijenta te mu izrazi traženo divljenje i omogući mu da se osjeća posebno. U oba transferna odnosa terapeut zapravo igra ulogu self-objekta koja omogućuje internalizaciju i pravilni razvoj navedenih struktura ličnosti u integrirani, kohezivni self (Kohut H, 1971.).

Danas self psihologija ima svoje pristaše, ali i kritičare. Pristaše ističu da je u liječenju NPD-a prednost self psihologije upravo u pristupu pacijentu koji se odlikuje empatijom i odnosom bez predrasuda. Smatraju da je takav pristup učinkovit u ranoj fazi terapije jer pacijenti oboljeli od NPD-a zbog svoje strukture ličnosti nisu sposobni tolerirati interpretacije u toku terapije koje su glavna odlika Kernbergovog pristupa. Empatičnim pristupom se lakše postiže terapijska alijansa (McLean J, 2007.). Kritičari pak ističu da self psihologija ima nekoliko ograničenja jer ne razmatra ulogu krivnje u psihopatologiji NPD-a, te premalo pažnje posvećuje nesvjesnome i intrapsihičkim fenomenima (Adler G, 1989.).

7. NEUROPSIHOANALIZA

Neuropsihoanaliza je područje koje se u posljednjih 20 godina izrazito brzo razvija primarno zahvaljujući razvoju novih, sofisticiranijih i točnijih slikovnih i funkcionalnih pretraga mozga (CT, fMRI). Zahvaljujući ovim novim dijagnostičkim metodama u neuroznanosti, pronađene su brojne nove neuronske sveze pojedinih moždanih regija koje oslikavaju mentalne procese, a pokazuju da psihoanalitičke teorije imaju svoju biološku podlogu. Ipak, još uvijek nedovoljno dobro razumijemo psihološke i patološke procese koji se odvijaju u mozgu (Salone A et al., 2016).

Neuropsihoanaliza svoje korijene pronalazi još u Freudovom radu koji je prvotno bio neuroznanstvenik i neurolog, a potom se počeo baviti psihoanalizom kao zasebnom tehnikom. Iako je psihoanalizu izgradio kao tehniku koja se bavi pojedinačnim kliničkim slučajevima i psihološkim procesima, koji se odvijaju u takvim pojedincima, bez posvećivanja posebne pozornosti činjenici gdje se ti procesi u mozgu točno odvijaju, Freud je ipak vjerovao da će medicina napredovati te uočiti koji su to fiziološki i kemijski procesi koji se zbivaju u ljudskome mozgu i pronaći vezu između psihodinamskih i neurodinamskih procesa. Freudov rad nadahnuo je brojne neuropsihologe: Antonio Damasio, Jaak Panskepp, Vittorio Gallese, Mike Anderson, te Mark Solms. Solms je 2000. godine osnovao Internacionalno neuropsihoanalitičko društvo. Društvo se tada sastojalo od male grupe znanstvenika, a njegov cilj je bio da postavi temelje za dijalog između ovih dviju disciplina (Fotopoulou A, 2012). Smisao tog dijaloga i same neuropsihoanalize nije u tome da se dvije discipline (neuroznanost i psihoanaliza) stope u jednu zajedničku disciplinu – neuropsihoanalizu, već da se postigne interdisciplinarna suradnja na polju zajedničkog interesa dviju disciplina. Oboje discipline istražuju funkcionalnu organizaciju ljudskog mozga svaka u skladu sa svojim stajalištima i perspektivom, a neuropsihoanaliza se smatra „mostom između dviju disciplina“ (Yovell Y et al., 2015).

Brojni autori su pokazali povezanost između neuroznanstvenih otkrića i psihoanalitičkih teorija. Jedan od takvih radova razmatra afektivne fenomene koji se primarno analiziraju na razini moždanog debla, a potom se na sekundarnoj razini analiziraju, uče i memoriraju te postaju dio kognitivne svijesti. Rad uspoređuje sličnosti i razlike ovakvog načina analize informacija u mozgu u odnosu na klasičnu Freudovu psihoanalitičku teoriju. U tom radu zaključuje se da bi Freudov id

(nesvjesno) odgovarao primarnome procesu na razini moždanog debla kojeg oni u svom radu nazivaju „unutarnje tijelo“. Ego pak odgovara složenim kognitivnim procesima kortikalne razine, odnosno „vanjskome tijelu“ (Solms M i Panksepp J, 2012.). Salone u svom radu donosi pregled dosadašnjih radova na temu međusobne povezanosti pojedinih moždanih regija u skladu sa psihoanalitičkim teorijama, te sumira znanje koje smo dosad stekli o prezentaciji selfa u mozgu, te abnormalnosti prezentacije selfa u shizofrenih bolesnika (Salone A et al. 2016.). Snovi za psihoanalizu predstavljaju glavni put pristupa nesvjesnome. Znanstvena studija, u kojoj su pomoću fMRI, praćene neurofiziološke promjene u mozgu kod pacijenta oboljelog od teške depresije, koji je liječen psihoterapijom i čiji su snovi u tri godine psihoterapije praćeni i analizirani, pokazala je da postoje značajne promjene u nalazu fMRI u odnosu na početak terapije. Te promjene se dovode u vezu s napretkom u liječenju postignutim psihoanalitičkom terapijom (Fischmann T et al., 2013.).

Međutim neuropsihoanaliza nije naišla isključivo na odobravanje među redovima neuroznanstvene i psihoanalitičke struke. U svom radu Blass i Carmeli ističu da se promicanjem neuropsihoanalize narušavaju temelji psihoanalitičke teorije i prakse jer se oslanjanjem na biološke činjenice ograničava psihoanalitički način razmišljanja, a psihoanaliza nema nikakve koristi od uvida u kemijske procese koji se odvijaju u mozgu jer neuroznanost samo potvrđuje ono što psihoanaliza već zna (Blass RB & Carmeli Z, 2007.).

Na taj rad uslijedio je odgovor vodećih svjetskih neuropsihoanalitičara Yowella, Solmsa i Fotopouloua u kojem oni kritički analiziraju tri tvrdnje protiv psihoanalize koje su svom radu naveli Blass i Carmeli, te iznose prikaz slučaja koji jasno pokazuje potrebu za suradnjom između neuroznanosti i psihoanalize jer takav pristup donosi korist za obje discipline. Prva tvrdnja negira relevantnost neuroznanosti za psihoanalizu. Druga tvrdi da neuropsihoanaliza nije analitička metoda. Treća tvrdnja navodi da je neuropsihoanaliza opasna za psihoanalizu. Neuropsihoanalitičari te tvrdnje karakteriziraju kao model računala u kojem se prema mozgu odnose kao sklopovlju, a um je zapravo programska potpora tom sklopovlju. Prema Blass i Carmel psihoanaliza može funkcionirati odvojeno od neuroznanosti jer da bi koristio pojedini program na računalu pojedinac ne mora imati nikakva saznanja o sklopovlju

računala, te stoga psihoanalitičari mogu um analizirati bez da detaljno poznaju građu mozga. Ta je tvrdnja pobijena sa već ranije utvrđenim teorijama odnosa mozga i uma (dual-aspectmonoizism), konstatacijom da je cilj neuropsihoanalize interdisciplinarna suradnja dvaju područja (ne njihova integracija) i dokazima o tome kako psihološka oštećenja često rezultiraju oštećenjima mozga i obrnuto. U sklopu rada nalazi se i prikaz slučaja gospođice A. (29) koja je liječena psihoanalitičkom psihoterapijom radi manjka samopouzdanja, bulimije te nemogućnosti sklapanja prijateljstava i intimnih veza s muškarcima. U toku prve godine terapije uspjela se djelomično prisjetiti seksualnog zlostavljanja kada je bila u dobi od 4 godine te je otkrila da sumnja da se to uopće dogodilo, a od psihoterapije je očekivala da će joj pomoći da se svega prisjeti. Međutim, nakon dvije godine terapije nije postignuto poboljšanje. Prema mišljenju neuropsihoanalitičara pacijentica se psihoanalitičkom terapijom nije prisjetila navedenih događaja jer oni nikada nisu ni zapamćeni te kao takvi nikada nisu postali koherentna deklarativna sjećanja, već su od njih sačuvani samo fragmenti. Svoj stav podupiru neuroznanstvenim istraživanjem o utjecaju stresa na neurone hipokampusa kod pacijenata izloženih opetovanoj psihičkoj traumi. Druga tvrdnja opovrgnuta je činjenicom da su sami temelji neuropsihonalize u Freudovom modelu uma, a on je na tom modelu utemeljio psihoanalizu. Treća tvrdnja se smatra neutemeljenom jer se psihoanaliza doživljava kao samostalna disciplina koja ravnopravno sudjeluje u dijalogu, a ako dolazi do modifikacije pojedinih teorija te se modifikacije mogu dogoditi u obje discipline na obostranu korist (Yovell Y et al., 2015).

U svom odgovoru na članak Yovella, Solmsa i Fotopouloua Blass i Carmeli ističu da oni i dalje ostaju pri svojim tvrdnjama te da ih dokazi koje su podastri neuropsihoanalitičari nisu dovoljni. Navode da iako neuroznanost i psihoanaliza istražuju potpuno ista pitanja, odgovori koje daju su u potpunosti drugačiji. Dakle, ako nas zanima kako netko razmišlja i koje je značenje toga, tada se nalazimo na polju psihoanalize odnosno slobode misli. Kada razmatramo koji se neuroni pri tome aktiviraju, nalazimo se u domeni neuroznanosti. Prema njima te discipline mogu djelovati potpuno zasebno te njihovo povezivanje putem neuropsihoanalize nije korisno za psihoanalizu, nego štoviše opasno i štetno (Blass RB & Carmeli Z, 2015).

Završila bih ovaj kratki pregled neuropsihoanalize sa konstatacijom da po mom mišljenju dijalog između dvije discipline ipak mora postojati. Iako je neuroznanost i

njeno istraživanje vezano uglavnom uz laboratorij, a psihoanaliza je disciplina koja se bavi pacijentima i njihovim problemima u ambulantni, odnosno na kauču u sobi analitičara, obje discipline se danas jako brzo razvijaju i svakim danom dolaze do novih spoznaja, te se njihovom međusobnom suradnjom sigurno mogu steći neke dublje spoznaje o tome kako naš um funkcionira (Glasnović A et al. 2015.).

8. PSIHOANALIZA I UMJETNOST

Interdisciplinarni dijalog između psihoanalize i umjetnosti započeo je već u Freudovo doba. Freud je napisao dva značajna djela na ovu temu. Prvo djelo je esej o Wilhelm Jensenovom romanu *Gradiva* u kojem Freud psihoanalizira protagonista romana Norberta Hanolda. Hanold se nesvjesno podsjeća na potisnutu sliku prijateljice iz djetinstva Zoe Bertrang s kojom je odrastao. Na nju ga asocira djevojka kojoj ne zna ime, ali je on naziva *Gradiva*. San Hanolda o Pompejima i *Gradivi* Freud tumači asocijacijom na Zoe, budući da je Zoe zakopana (potisnuta) duboko u umu junaka. Analogno ovome Pompeji su zakopani erupcijom vulkana, a onda su ponovno otkriveni i iskopani. Na jednak je način Zoe iz nesvjesnog prizvana u svjesno, kad je *Gradiva* izazvala asocijaciju na potisnuta sjećanja. Analizirajući ovaj roman Freud brani psihoanalizu i još jednom pokazuje njenu važnost u tumačenju snova. Umjetnici i psihoanalitičari imaju jednako područje rada – analiziraju iskustva, a razlika leži u njihovim metodama. Umjetnici promatraju svoje vlastito nesvjesno, a psihoanalitičar svjesno analizira tuđi um (Freud S, 1907.). U drugom eseju Freud psihoanalitički interpretira da Vincijevo djelo te ga povezuje sa pasivnom homoseksualnom fantazijom iz djetinjstva (Freud S, 1910.). Freud se u svojoj karijeri susreo i sa liječenjem poznatog umjetnika Gustava Mahlera. Mahler je bio Freudov pacijent u kratkome razdoblju od 9 mjeseci prije svoje smrti. Freud nije bio zainteresiran za glazbu. Opisivan je kao nemuzikalan, čak i s blagom averzijom prema glazbi. Mahlerov čitav život je s druge strane bio posvećen glazbi i vrtio se upravo oko nje. Međutim Mahler se Freudu obratio zbog drugog problema. Njegova žena Alma je imala aferu sa mladim arhitektom što je duboko shrvalo i razočaralo Mahlera. Freud je ovdje izveo ono što danas zovemo kriznom intervencijom. Iznio je objašnjenje situacije unutar svojih teorija, te se Mahler nakon toga osjećao zadovoljnije i utješeno. Budući da u ovoj situaciji glazba nije bila dio problema, odnos terapeut-pacijent se dobro razvio i problem je razriješen. Kada bi se radilo o nekoj široj intervenciji, upitno je da li bi ovakve dvije različite ličnosti uspjele učinkovito provesti psihoanalitički tretman (Starcevic V, 2013.).

Kritički osvrt na Freudov rad iznosi grešku u Freudovu zaključivanju o da Vincijevom djelu. U prijevodu kojeg je čitao Freud i kojeg je koristio za postavljanje svoje teze riječ *nibbio* prevodi se kao strvinar, a zapravo je prikladniji prijevod zmaj. Freud svoju

teoriju temelji na egipatskoj simbolizaciji majke kao strvinara. Unatoč toj pogrešci Freud je uspio učinkovito obraniti psihoanalizu. Pristup koji se danas predlaže je manje agresivan jer je danas psihoanaliza na drugačiji način verificirala svoj položaj u medicini i šire. Moderni psihoanalitičar zagovaraju interdisciplinarni dijalog umjetnosti i medicine u kojem obje discipline mogu mnogo pružiti i naučiti (Abella A, 2016.).

Film Davida Cronenberga „A dangerous method“ prikazuje suradnju Carla Gustava Junga i Sigmunda Freuda, te njihov odnos sa Sabinom Spielrein. Prikazuje se razdoblje samih začetaka psihoanalize, 1904. godina. Iz Jungovih bilješki saznajemo da je Spielerein došla u bolnicu Burgholzli u stanju duboke uznemirenosti. Smrt njene sestre u mladoj dobi predstavljala je značajnu traumu u njenom životu i učinila je emocionalno vulnerabilnom. Sabinin odnos s ocem je također bio uznemirujući. Njen otac je bio sklon suicidalnome ponašanju, depresiji i izljevima bijesa. Sabinu je fizički kažnjavao (Farrell DR, 2012.). U Cronenbergovom filmu Jung je prikazan kao doktor/znastvenik koji je kreativan, ambiciozan, nadaren, ali istovremeno i destruktivan, nesvjestan svoje želje za moći. U početku je terapija Spielerein vrlo uspješna, ali kako se njihov odnos dalje razvija Jung podliježe erotičnom i regresivnom kontratransferu koji se razvija u njemu, te ga obuzimaju njegovi unutarnji sukobi. Psihoanalitičari film ocjenjuju kao dramu dizajniranu da zabavi publiku. Iako je okosnica filma bazirana na stvarnim povijesnim odnosima, veći dio filma prikazuje odnose koji ne nalaze uporište u stvarnim događajima poput dramatičnih odnosa transfer-kontratransfer. Prikazuje se naivni Jung koji bez ikakvog treninga i iskustva u psihoanalizi ima velika očekivanja u liječenju pacijentice. S druge strane film psihoanalitičarima pokazuje kako psihoanaliza izgleda kada se prezentira širokoj javnosti u vidu filma te kako psihoanalizu vide ljudi koji se njome ne bave (Farrell RD & Silverman MA, 2014.).

9. ZAKLJUČAK

Psihoanaliza se danas razvila u modernu tehniku koja se koristi u liječenju različitih psihijatrijskih bolesti, te se također povezala sa drugim granama medicine i interdisciplinarnim područjima. Dio znanstvenika smatra da psihoanaliza nije vrijedna metoda liječenja jer se njeni učinci teško mogu mjeriti i prikazati znanstvenim metodama, te se kao takva metoda ne može znanstveno evaluirati. Ovaj rad pokazuje da iako to nije bila tendencija u prošlosti, danas brojni psihoanalitičari provode znanstvena istraživanja kojima se psihoanaliza uspoređuje s ostalim terapijskim pristupima i verificira kao učinkovita metoda. Psihoanaliza ukazuje na glavne psihološke procese i fenomene u ljudskome umu (ograničenja svjesnog dijela uma, mehanizme obrane, transfer i kontratransfer, intersubjektivnost, self, narcizam). Ti procesi i pojmovi su izrazito važni za kliničku praksu da bi se mogla pružiti kvalitetna skrb. Na temelju psihoanalitičke teorije privrženosti danas bolje razumijemo povezanost između ranih životnih iskustava, genetskog nasljeđa i psihopatologije odraslih (Fonagy P & Lemma A, 2012.). Sama srž psihoanalize leži u predanosti i pacijenta i terapeuta za kontinuirano preispitivanje razumijevanja samih sebe i nesvjesnih značenja iznesenih misli, uz istovremeno kritičko osvrtanje na izneseno i otvorenost novim perspektivama (Naso RC, 2015.). Iako je danas brojnim istraživanjima potvrđena učinkovitost ove metode, još uvijek se vode brojne rasprave o tome kako i zašto ova metoda utječe na pacijenta. Najnoviji radovi objašnjenje pronalaze u sposobnosti razumijevanja i rada sa pacijentovom nesvjesnom dinamikom na temelju razmatranja njegovih stavova unutar terapijskih okvira ove tehnike (Parth K & Loeffler-Stastka H, 2015.).

Za kraj donosim citat iz knjige O psihoanalizi sasvim otvoreno koji opisuje modernu psihoanalizu na sljedeći način: „ Unatoč ofenzivi „vrloga novog svijeta“ psihoanaliza ustraje na očuvanju svojih paradigmi i koncepata koji čine, a to joj čak i neki protivnici priznaju, još uvijek najveći i najrazrađeniji korpus znanja o psihologiji čovjeka. Njezina je esencija u kliničkoj mudrosti, a ne u eksperimentu baš poput one nataložene u iskustvima generacija liječnika koji su posvetili život pomaganju ljudima koji pate.“ (Klein E, 2015.).

10. ZAHVALE

Zahvaljujem mentorici, doc. dr. sc. Zorani Kušević, na svim savjetima, smjernicama i sugestijama, te strpljivosti i vremenu koje mi je posvetila tijekom izrade mog diplomskog rada. Zahvaljujem se prof. dr.sc. Draženu Begiću na uloženom trudu i vremenu.

Želim zahvaliti svojoj obitelji i prijateljima na beskrajnoj potpori i razumijevanju u tijeku čitavog studiranja. Posebno se zahvaljujem svom budućem suprugu i kćerki koji su izvor moje snage i radosti.

11. LITERATURA

- Adler G (1989): Uses and limitations of Kohut's self psychology in the treatment of borderline patients; *Journal of the American Psychoanalytic Association*; 37(3):761-85.
- Aldridge J, Kilgo JL, Jepkemboi G (2014): Beyond Psychoanalysis: The Contributions of Anna Freud to Applied Developmental Psychology; *SOP Transactions on Psychology*, Volume 1, Number 2, pp.18-28, 2014
- Bateman A & Holmes J (1995): Origins of the internal world; In: *Introduction to Psychoanalysis: Contemporary theory and practice*, First published 1995 by Routledge
- Bateman A, Fonagy P (2009): Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder; *The American Journal of Psychiatry*; 166:1355–1364
- Bateman A, Fonagy P (1999) Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial; *The American Journal of Psychiatry*; 156(10):1563-9.
- Bateman A, Fonagy P (2001): Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up; *The American Journal of Psychiatry*; 158(1):36-42.
- Bateman A, Fonagy P (2015): Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: Mentalizing as a Framework for Integrated Treatment; *Journal of Clinical Psychology*; 71(8):792-804. doi: 10.1002/jclp.22206.
- Bateman A, Fonagy P (2013): Mentalization-Based Treatment; *The Psychoanalytic Quarterly* ; 33(6):595-613.
- Blass RB, Carmeli Z (2007.): The case against neuropsychoanalysis: On fallacies underlying psychoanalysis' latest scientific trend and its negative impact on psychoanalytic discourse; *The International Journal of Psychoanalysis*; 88:19-40.
- Blass RB, Carmeli Z. (2015.) Further evidence for the case against neuropsychoanalysis: How Yovell, Solms, and Fotopoulou's response to our critique confirms the irrelevance and harmfulness to psychoanalysis of the contemporary neuroscientific trend; *The International Journal of Psychoanalysis*; 96(6):1555-73. doi: 10.1111/1745-8315.12449.
- Bollas C (1992): *Being a Character: Psychoanalysis and Self Experience*; izdavač: Routledge, 2013.
- Borovecki-Jakovljević S, Matačić S (2005): The Oedipus complex in the contemporary psychoanalysis; *Collegium Antropologicum*; 29(1):351-60.
- Breuer J., Freud S. (1896.) *Studies on hysteria*, Basic Books Inc. Publisher, New York
- Buzov I (2000): *Freud i Hrvatska*; Medicinska naklada austrijski kulturni institut, 2000, ISBN:953-176-106-X
- Cassidy J (1999): Overview of attachment theory; In: *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*; Jude Cassidy, Phillip R. Shaver, editors, *Rough Guides*, 1999
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2015): *Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*, American Psychiatric Association

- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007): Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study; *The American Journal of Psychiatry*; 164(6):922-8.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (2013): Section II: Diagnostic criteria and codes American Psychiatric Association Washington, DC London, England
- Diamond D, Yeomans FE, Stern B, Levy KN, Hörz S, Doering S, Fischer-Kern M, Delany J & Clakin F (2013.): Transference Focused Psychotherapy for Patients with Comorbid Narcissistic and Borderline Personality Disorder, *Psychoanalytic Inquiry*, 33:6,527-551, DOI:10.1080/07351690.2013.815087
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P(2010): Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial; *The British Journal of Psychiatry*; 196(5):389-95. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177.
- Eizirik M, Fonagy P (2009): Mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder: an overview; *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 31(1):72-5.
- Elizabeth Bott Spillius, Jane Milton, Penelope Garvey, Cyril Couve, Deborah Steiner (2011): Hana Segal; In: *The New Dictionary of Kleinian Thought* 1st Edition; Routledge
- Ferrell DR (2012): A Dangerous Method, A Film Directed by David Cronenberg: An Extended Review; *Journal of Religion and Health*, Volume 51, Issue 3, pp 682-700
- Ferrell DR, Silverman MA (2014): A dangerous movie? Hollywood does psychoanalysis; *Journal of Religion and Health*; 53(6):1841-56. doi: 10.1007/s10943-014-9930-3.
- Fischer-Kern M, Doering S, Taubner S, Hörz S, Zimmermann J, Rentrop M, Schuster P, Buchheim P, Buchheim A. (2015): Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function; *The British Journal of Psychiatry*; 207(2):173-4. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143842.
- Fischmann T, Russ MO, Leuzinger-Bohleber M (2013): Trauma, dream, and psychic change in psychoanalyses: a dialog between psychoanalysis and the neurosciences; *Frontiers in Human Neuroscience*; 17; 7:877. doi: 10.3389/fnhum.2013.00877.
- Fonagy P (2015): The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry*; 14(2):137-50. doi: 10.1002/wps.20235.
- Fonagy P, Lemma A (2012): Does psychoanalysis have a valuable place in modern mental health services? Yes; *British Medical Journal*; 344:e1211. doi: 10.1136/bmj.e1211.
- Fonagy P, Steele H, Steele M (1991): Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age; *Child Development*; 62(5):891-905.
- Fotopoulou A (2012): The history and progress of neuropsychanalysis. In: Fotopoulou A, Conway M, Pfaff D, editors. *From the Couch to the Lab: Trends in Psychodynamic Neuroscience*. (str. 12-25) Oxford: Oxford UP.
- Freud S (1907): *Delusion and Dream in Jensen's Gradiva*
- Freud S (1910): *Leonardo da Vinci and A Memory of His Childhood*
- Freud S (1913): *The interpretation of dreams*, Third edition, translated by A.A.Brill, The Macmillan Company, 1913, New York

- Freud S (1914): On narcissism; In: Sigmund Freud – The Complete Works Written by Freud, compiled by Ivan Smith.
- Freud S (1921) A general introduction to psychoanalysis; Boni and Liveright, 1921
- Freud S (1923): The ego and the id; In: Sigmund Freud – The Complete Works Written by Freud, compiled by Ivan Smith.
- Glasnović A , Babić G., Demarin V. (2015.): Psychoanalysis has its place in modern medicine, and neuropsychanalysis is here to support it; Croatian Medical Journal; 56(5):503-5.
- Joseph Palombo, Harold K. Bendicson, Barry J. Koch (2009): Melanie Klein (1882-1960); In: Guide to Psychoanalytic Developmental Theories, Springer Science & Business Media
- Kernberg OF & Caligor E (2005): A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin J.F. & Lenzenweger M, editors. Major theories of personality disorder (str. 114-157) The Guilford Press, New York
- Kernberg OF (1975): Narcissistic personality (Part II), In: Borderline Conditions and Pathological Narcissism, Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Kernberg OF (2015): Narcissistic defenses in the distortion of free association and their underlying anxieties; The Psychoanalytic quarterly; 84(3):625-42. doi: 10.1002/psaq.12022.
- Kernberg, O.F. (1976): Structural Derivatives of Object Relations; In: Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson.
- Klain E i suradnici (2015): O psihoanalizi sasvim otvoreno; naklada: Školska knjiga ISBN: 978-953-0-60941-9
- Kohut H (1971): The Analysis of the Self: A systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality disorder; University of Chicago Press, 2013.
- Kohut H(1990): The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders: Outline of a Systematic Approach; In: Essential Papers on Transference, Aaron H. Esman,editor; NYU Press, 1. ruj 1990.
- Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes Ø, Hummelen B, Wilberg T, Karterud S (2015): Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder--does it make a difference ?; Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice; 88(1):71-86. doi: 10.1111/papt.12036. Epub 2014 Jul 15.
- Lenzi D, Trentini C, Tambelli R, Pantano P (2015): Neural basis of attachment-caregiving systems interaction: insights from neuroimaging studies; Frontiers in Psychology ; 6:1241. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01241..
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF (2006): Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder; The Journal of Consulting and Clinical Psychology; 74(6):1027-40.
- Lohmann HM (2005): Čovjek i njegovo djelo; U: Hans-Martin Lohmann: Sigmund Freud (str. 7-30), Naklada Slap, 2005.
- McLean J (2007): Psychotherapy with a Narcissistic Patient Using Kohut's Self Psychology Model; Psychiatry (Edgmont); 4(10):40-7.
- Messias E (2014): Standing on the shoulders of Pinel, Freud, and Kraepelin: a historiometric inquiry into the histories of psychiatry; The Journal of nervous and mental disease; 202(11):788-92. doi: 10.1097/NMD.0000000000000208

- NICE Clinical Guidelines (2009) In: Borderline Personality Disorder Treatment and Management, NICE Clinical Guidelines, No. 78, National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society; ISBN-13: 978-1-85433-477-0
- Ogden TH (1979): On projective identification; *The International Journal of Psychoanalysis*; 60(Pt 3):357-73
- Ogden TH (1994): The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psychoanalysis*; 75 (Pt 1):3-19.
- Ogden TH (2004): The analytic third: implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic quarterly*; 73(1):167-95.
- Pace CS, Cavanna D, Guiducci V, Bizzi F (2015): When parenting fails: alexithymia and attachment states of mind in mothers of female patients with eating disorders; *Frontiers in Psychology*; 12;6:1145. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01145.
- Parth K, Loeffler-Stastka H (2015): Psychoanalytic core competence; *Frontiers in Psychology*; 6:356. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00356. eCollection 2015.
- Perez DL, Vago DR, Pan H, Root J, Tuescher O, Fuchs BH, Leung L, Epstein J, Cain NM, Clarkin JF, Lenzenweger MF, Kernberg OF, Levy KN, Silbersweig DA, Stern E (2016): Frontolimbic neural circuit changes in emotional processing and inhibitory control associated with clinical improvement following transference-focused psychotherapy in borderline personality disorder; *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 70(1):51-61. doi: 10.1111/pcn.12357.
- Salone A, DiGiacinto A, Lai C, De Berardis D, Iasevoli F, Fornaro M, De Risio L, Santacroce R, Martinotti G, Giannantonio MD. (2016): The Interface between Neuroscience and Neuro-Psychoanalysis: Focus on BrainConnectivity; *Frontiers in human neuroscience*, 3;10:20. doi: 10.3389/fnhum.2016.00020. eCollection 2016.
- Santona A, Tagini A, Sarracino D, De Carli P, Pace CS, Parolin L, Terrone G (2015): Maternal depression and attachment: the evaluation of mother-child interactions during feeding practice; *Frontiers in Psychology*; 6:1235. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01235. eCollection 2015.
- Sheinbaum T, Bifulco A, Ballespí S, Mitjavila M, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N (2015): Interview Investigation of Insecure Attachment Styles as Mediators between Poor Childhood Care and Schizophrenia-Spectrum Phenomenology. *PLoS One*; 10(8):e0135150. doi: 10.1371/journal.pone.0135150.
- Solms M, Panksepp J (2012): The "id" knows more than the "ego" admits: neuropsychanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience; *Brain Sciences*; 2(2):147-75. doi: 10.3390/brainsci2020147.
- Spiegel J, Severino SK, Morrison NK. (2000.): The role of attachment functions in psychotherapy; *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*; 9(1):25-32.
- Starcevic V (2013): Gustav Mahler as Freud's patient: a note on possible obstacles to communication and understanding; *Australasian Psychiatry*; 21(3):271-5. doi: 10.1177/1039856213480412. Epub 2013 Feb 25
- Steinberg H, Herrmann-Lingen C, Himmerich H (2013): Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud; *Psychiatria Danubina*; 25(1):11-6
- Steiner J. (2015): Reflections on the work of Hanna Segal (1918-2011); *The International Journal of Psychoanalysis*; 96(1):165-75. doi: 10.1111/1745-8315.12211.

- Stewart-Steinberg S (2011): Introduction, A wider social stage; In: *Impious Fidelity: Anna Freud, Psychoanalysis, Politics*. Cornell University Press, 2011.
- Volkan V (2014): Introduction to individuals with narcissistic personality organisation; In: *Psychoanalytic Technique Expanded: A Textbook on Psychoanalytic Treatment*, Pitchstone Publishing (US&CA)
- Yovell Y, Solms M, Fotopoulou A. (2015.) The case for neuropsychanalysis: Why a dialogue with neuroscience is necessary but not sufficient for psychoanalysis; *The International Journal of Psychoanalysis*; 96(6):1515-53. doi: 10.1111/1745-8315.12332.
- Zurak N, Klain E (1999): The concept of programmed cell death and Freud's theory of thanatos; *Neurologia croatica*; 48(2):105-117+149

12. ŽIVOTOPIS

Rođena sam u Zaboku, 8.02.1992. godine. Osnovnu školu sam pohađala u OŠ Antuna Mihanovića, Petrovsko. Srednjoškolsko obrazovanje završila sam u općoj gimnaziji SS Krapina 2010. godine. U srednjoj školi sam sudjelovala u brojnim natjecanjima sa izrazitim interesom za područje prirodnih znanosti.

Medicinski fakultet upisala sam 2010. godine. Uz redovito obavljanje fakultetskih obaveza sudjelovala sam u radu studentske udruge CroMSIC. Učestvovala sam u Natjecanju u kliničkim vještinama koje organizira CPISA. Pohađala sam Ljetnu školu hitne medicine u Dubrovniku 2015.godine te posjedujem ILS certifikat izdan od strane ERC-a.

Još uvijek nemam točno određeno područje interesa u medicini, ali sam zainteresirana za kliničke struke, posebice internističke grane, psihijatriju, te hitnu medicinu. Aktivno se služim engleskim i osnovno poznajem njemački jezik.